

ANNÉE 1939

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis LUCE

Né le 16 Mars 1914, à Loudéac (C.-du-N.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GASTRECTOMIES SELON LES DIRECTIVES

DES DELAGENIÈRE

Président de Thèse : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

ANNÉE 1939

N^o

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis LUCE

Né le 16 Mars 1914, à Loudéac (C.-du-N.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GASTRECTOMIES SELON LES DIRECTIVES
DES DELAGENIÈRE

Président de Thèse : M. GOSSET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	R. JUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	H. CLAUDE.
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma-	LEMIERRE.
ladies de l'encéphale.....	CUNEO
Clinique des maladies cutanées et syphi-	GOSSET
litiques	GREGOIRE
Clinique des maladies du système nerveux	LENCRMANT.
Clinique des maladies infectieuses.....	TERRIEN.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANNIN.
Clinique urologique	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements.....	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMA. TPE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	M. VILLARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	TROISIER.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	LAUBRY.
dulte	CLOVIS VINCENT.
Clinique cardiologique	N...
Clinique de neuro-chirurgie	HAZARD.
Assistance Médico-Sociale.....	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

Obstétrique LANTUÉJOU..
 Pathologie médicale..... LAROCHE GUY.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT LUTHER.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. PASTEUR-VALLERY- RADOT. SEZARY.	} Clinique médicale	BASSET. BROCO. CADENAT. GATELLIER. MOURE. QUENU. VELTER.	} Clinique chirurgicale
MM.			
ECALLE METZGER	} Clinique obstétricale..		

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Fadiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Institut

Grand Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de respectueuse
gratitude pour le très grand
honneur qu'il nous fait en ac-
ceptant la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ALPHONSE PELLE

*Dont je fus tout d'abord l'é-
lève à l'Hôtel-Dieu de Rennes.*

A MON MAITRE DE L'HOPITAL DU MANS

MONSIEUR LE DOCTEUR CANAGUIER

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans les pages qui vont suivre, non de procéder à une révision totale du problème chirurgical posé par les gastrectomies, leurs indications et leurs exécutions, mais de montrer quelles ont été dans la pratique des DELAGENIÈRE père et fils, les tactiques opératoires utilisées.

Nous avons pu, dans notre pratique quotidienne à l'Hôpital du Mans, voir opérer des élèves de ces maîtres, devenus maîtres eux-mêmes, et nous nous efforcerons, en précisant de notre mieux les techniques qu'ils utilisent, de les comprendre dans le même hommage qui s'adresse aux deux grands chirurgiens disparus.

La gastrectomie, résection partielle ou totale de l'estomac, est une intervention de plus en plus pratiquée aujourd'hui.

Nous en étudierons trois modalités principales : la résection antro-pylorique, type Billroth II, réservée aux sténoses du pylore, aux gastrites ulcéreuses, aux ulcères antro-pyloriques ou duodénaux ; la gastrectomie subtotale et enfin la gastrectomie totale, applicables dans les cas de néoplasies étendues.

A. — RESECTION ANTRO-PYLORIQUE TYPE BILLROTH II

I. — PRÉPARATION DU MALADE

Il est très important de préparer le malade pendant quelques jours avant l'opération. On mettra ainsi le malade dans les conditions les meilleures pour résister au shock opératoire et on obtiendra la meilleure désinfection possible de la cavité stomacale.

1. *Relèvement de l'état général.*

Il faut tonifier le cœur et pour cela, pendant quatre jours avant l'opération, prescrire 15 gouttes de digitaline ; en même temps faire prendre matin et soir un cachet de 0 gr. 50 de theobromine. Le malade est exclusivement nourri avec du lait dans la mesure où l'estomac le tolère.

2. *Désinfection de la cavité gastrique.*

Elle est indispensable, aussi bien pour relever l'état général du malade que pour éviter l'infection péritonéale par les liquides de l'estomac en cas de déchirure au cours de l'opération.

On obtient cette désinfection en faisant des lavages répétés de l'estomac avec de l'eau légèrement salée. L'estomac renferme parfois des reliquats d'aliments, qui reviennent difficilement par le tube ; on peut dans ce cas faire prendre au malade de la pancréatine diluée dans de l'eau, un peu avant le lavage : on dissout ainsi la plus grande partie des résidus restés dans l'estomac.

3. *L'évacuation de l'intestin* est extrêmement importante également. La chose est facile si les aliments passent encore par le pylore ; on profite alors de la sonde, après un lavage, pour laisser dans l'estomac une purgation. Après cette purgation, on fait prendre chaque jour au malade deux à trois cuillerées à soupe de paraffine ; chaque soir on provoque une selle avec un lavement.

4. *Autres précautions.*

On veille à ce que l'hygiène dentaire soit parfaite et l'on évite ainsi de nombreuses complications pulmonaires post-opératoires.

En même temps, on entraîne le malade à respirer et on lui apprend à faire de grands mouvements d'inspiration et d'expiration. Il est indispensable qu'il sache faire ces mouvements avant d'être opéré, car après l'opération la douleur provoquée par ces mouvements l'empêcherait de les faire avec l'amplitude nécessaire.

II. -- ANESTHESIE

Depuis que les malades étaient préparés avant l'opération comme nous venons de l'indiquer, les accidents pulmonaires qu'on attribuait à l'anesthésie générale avait pour ainsi dire disparu. En tous cas, ils ne sont ni plus nombreux ni plus redoutables que ceux qu'on observe après l'anesthésie régionale ou locale. On est donc revenu à l'anesthésie générale au schleich après avoir pratiqué une demi-heure avant l'opération une injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine et 1 milligramme d'atropine. Henry Delagenière a parfois utilisé une anesthésie mixte chez les sujets très affaiblis :

« On fait une injection locale de novocaïne pour permettre l'incision de la paroi ; on commence en même temps à faire respirer au malade un peu de schleich à la reine ; au bout de 10 minutes, on pratique la laparotomie en général très bien supportée. On continue le schleich à la reine pendant l'exploration et pendant les manœuvres. On interrompt l'anesthésie générale pendant les sutures et l'hémotase ; on s'occupe de l'état général du malade en lui

faisant du sérum sous-cutané et au besoin si le pouls fléchit, une injection intra-musculaire d'adrénaline ».

Cette méthode, que j'ai vue employer par mon maître à l'hôpital du Mans, a permis de mener à bien les opérations les plus longues et les plus difficiles.

III. — TECHNIQUE OPERATOIRE

La résection antro-pylorique ne peut être appliquée en cas de néoplasmes de l'estomac. Par contre, elle trouve des indications fréquentes dans les cas de sténoses du pylore, dans les cas de gastrites ulcéreuses, dans les cas d'ulcères gastriques ou duodénaux ayant résisté à un traitement médical sévère.

1) *Incision.*

L'incision médiane sus-ombilicale suffit dans tous les cas ; une incision de 10 centimètres permet presque toujours de mener l'opération à bien.

2) *Exploration.*

Quand l'examen clinique et radiologique a établi l'existence d'une sténose du pylore, il arrive qu'on ne trouve pas de lésions nettement perceptibles à l'exploration. Dans ce cas, la résection nécessaire doit être faite sur les seules constatations pré-opératoires.

Mais dans la plupart des cas, il est possible de trouver sur la face antérieure de l'antre ou du pylore, ou

sur la petite courbure, ou plus rarement sur la face postérieure (ce qui nécessite l'effondrement du petit épiploon) soit un épaississement, soit simplement une cicatrice blanche étoilée, soit au contraire une plaque infiltrée plus ou moins étendue. Dans ce dernier cas, il est fréquent que l'on hésite entre le diagnostic d'ulcère calleux simple et celui d'un bloc cancéreux.

La fréquence (plus de 50 %) de la cancérisation secondaire des ulcères calleux doit entrer en ligne de compte également pour faire préférer dans ces cas une résection plus étendue, avec ablation en bloc des ganglions de la petite courbure et ceux de la grande courbure.

3) *Section de l'estomac.*

Le point où portera la section de l'estomac ayant été choisi en général vers la partie moyenne, on pratique un orifice de 3 ou 4 centimètres dans le grand épiploon au ras de la grande courbure. Par cet orifice l'index droit introduit est glissé derrière l'estomac, et vient soulever le petit épiploon en face du point de la petite courbure qui répond à la ligne de section. Sur l'index soulevé, il est facile d'effondrer le petit épiploon. Puis l'on fait passer derrière l'estomac, au ras de la face postérieure, la moitié postérieure de l'écraseur de de Martel. Sans se préoccuper des vaisseaux, on met en place les trois branches antérieures de l'écraseur orienté selon la ligne de section choisie. L'écraseur est fermé, sa branche mé-

diane enlevée, et la section de l'estomac réalisée au ras de la branche située du côté du duodénum. La partie supérieure de l'écraseur est démontée, la branche placée du côté du duodénum est enveloppée dans une compresse et rabattue à droite du malade. La branche gauche est tenue solidement par l'aide et permet un premier plan de suture totale (en surjet, avec points d'arrêt tous les 4 points) exécuté au catgut chromé fin.

Avant d'ouvrir la branche gauche de l'écraseur, qui maintient le moignon gastrique, on place des ligatures à 15 mm. environ au-dessus de la ligne de section, d'abord sur la petite courbure où le fil doit être passé au ras de la paroi gastrique puis sur la grande courbure. Les ligatures pratiquées suivant cette méthode assurent dans tous les cas une hémostase parfaite.

Le premier point du surjet d'enfouissement séro-séreux à la soie est placé à 1 centimètre au-dessus de l'écraseur sur la petite courbure. L'écraseur est alors enlevé, et le surjet séro-séreux est fait comme d'habitude, enfouissant avec la plus grande facilité le plan total.

4) *Libération de la région antro-pylorique.*

Dans le cas qui nous occupe, la libération de l'antrum puis du pylore est rendue facile par le fait que l'on peut négliger les ganglions et raser d'assez près la grande courbure, ce qui met sûrement à l'abri les

vaisseaux du côlon. De fortes pinces hémostatiques sont placées tout le long de la grande courbure, de proche en proche ; la circulation de retour est bloquée au ras de l'estomac par des pinces de Kocher et le grand épiploon est sectionné entre les deux rangs de pinces. Cette section ne présente de difficulté que près du pylore, où l'on progresse avec précaution jusqu'à dépasser d'au moins 15 mm. la ligne correspondant au pylore lui-même. Du côté du petit épiploon, une pince placée près du pylore suffit à bloquer l'artère pylorique.

Quand on trouve des adhérences postérieures, et dans ce cas il s'agit presque toujours d'ulcères ayant réalisé une perforation lente de la cavité gastrique, le décollement peut être beaucoup plus malaisé, et il faut alors le mener doucement avec les ciseaux fermés. Il est indispensable de garnir le champ opératoire pour éviter l'écoulement des liquides gastriques au moment où la perforation sera décollée.

5) *Section du duodénum.*

Henry Delagenière, pour cette phase de l'opération, a dégagé de son expérience très étendue un précepte très important : « Eviter de façon absolue d'utiliser l'écraseur sur le duodénum, ou même de fermer temporairement celui-ci avec une pince forte, comme les pinces de Kocher, qui réalise un certain degré d'écrasement. » C'est en effet à l'emploi de ces instruments qu'il a attribué l'apparition de quelques rares fistules duodénales post-opératoires.

Le duodénum est donc complètement isolé par des compresses protectrices. Une pince de Kocher solide ferme l'estomac juste au delà du pylore. Soit au ciseau, soit de préférence au thermo-cautère, le duodénum est sectionné juste au delà de cette pince, qui disparaît avec la pièce. L'aide maintient le duodénum soulevé à l'aide de deux petites pinces à griffes de Chaput, préalablement placées sur les bords inférieur et supérieur du duodénum.

6) *Fermeture du duodénum. Hémostase.*

La fermeture est faite en deux plans : un plan total au catgut chromé en surjet à la Connel ; puis, par dessus, un plan séro-séreux en surjet à la soie.

On fait ensuite l'hémostase, en remplaçant les pinces placées sur l'épiploon par des ligatures en catgut fort ; il est nécessaire d'assurer ces ligatures contre un glissement possible, en passant chaque fil dans l'épiploon avec l'aiguille de Reverdin.

7) *Gastro-entérostomie.*

Elle est pratiquée, chaque fois que cela est possible, selon le procédé suivant : gastro-entérostomie transmésocolique verticale postérieure, à deux plans de suture circulaires complets.

La totalité de l'abouchement est réalisée par quatre lignes de sutures, mais avec deux fils seulement, chacun des deux fils réalisant en somme une suture circulaire complète. C'est là le point essentiel ; c'est

là en effet une simplification considérable des manœuvres opératoires : ici pas de fils spéciaux pour les angles, pas de fils d'appui, pas de fils de bâti. L'emploi des pinces jumelées de Lane, préférables à celles de Témoin ou d'Abadie parce qu'elles sont plus fortes et légèrement incurvées, permet à lui seul de « bâtir » l'ouvrage.

Le côlon maintenu étalé par l'aide, on voit par transparence les vaisseaux du méso-côlon. Celui-ci est traversé dans une zone avasculaire ; la brèche doit avoir 5 à 6 cm. de long.

La première anse jéjunale est saisie et prise aussitôt dans la pince droite des pinces jumelées de Lane.

Le moignon gastrique, saisi par une pince en cœur, est amené dans la brèche du méso-côlon qu'il traverse et ensuite tourné sur lui-même et saisi dans la pince gauche de Lane. Les pinces sont alors couplées. L'estomac et l'intestin, rapprochés au moyen de ces pinces, sont d'abord unis par un surjet séro-séreux postérieur. Point de détail important : le surjet est exécuté avec un fil de soie long de 40 cm. environ, enfilé à chacune de ses extrémités dans une aiguille courbe fine ; le premier point unissant estomac et intestin est placé au niveau de l'angle distal (par rapport à l'opérateur) de l'abouchement et le nœud double est fait au milieu du fil de soie unique. Nous avons donc ainsi deux chefs de même longueur, partant tous deux de l'angle distal de la future bouche. Le surjet séro-séreux postérieur est fait à l'aide de l'un des deux chefs.

Après ouverture des deux cavités gastrique et intestinale, on établit le deuxième plan, plan total.

Ce plan est fait avec un catgut chromé fin, monté également sur une fine aiguille courbe. Ce fil est simplement noué à l'angle distal de la bouche, un petit peu en dehors de l'angle d'abouchement ; le chef libre est laissé un peu long et repéré par une pince. On fait alors un plan total postérieur, au point de boutonnière. L'angle proximal est contourné et fermé de la façon la plus simple. Le fil ramené du côté gastrique après le dernier point de boutonnière, est passé de dedans en dehors dans les tuniques intestinales un peu au delà de l'angle de l'ouverture ; il traverse ensuite l'estomac de dehors en dedans juste au delà du même angle ; il est enfin ramené de dedans en dehors à travers le bord gauche de l'ouverture gastrique, réalisant ainsi tout simplement le premier point de surjet à la Connel. C'est celui-ci qui est maintenant exécuté.

Le plan total antérieur est en effet un surjet à la Connel : chaque point traverse la paroi de dehors en dedans et ressort 5 millimètres plus loin de dedans en dehors, et ceci alternativement sur l'estomac et sur l'intestin. Pour ce surjet, l'aiguille courbe est la plus pratique. Quand ce surjet de Connel est bien exécuté, les deux muqueuses gastrique et intestinale rentrent à l'intérieur de la bouche anastomotique et n'apparaissent en aucun point à l'extérieur.

La fermeture de l'angle distal est extrêmement simple. Le dernier point gastrique du surjet de Con-

nel ressort juste en face du nœud de départ du fil des sutures totales, dont le chef libre est ensuite rabattu le long de la bouche anastomotique. Un dernier point à la Connel est pratiqué sur l'intestin, le fil surcroissant par conséquent le chef de départ que nous venons de rabattre. Le fil de départ et la terminaison du surjet de Connel sont noués ensemble pour finir. Cette méthode a permis de réaliser une suture rigoureusement circulaire, impossible à distendre, mais aussi presque irrétrécissable étant donné les modes de suture employés.

Pour terminer, la seconde moitié du fil de soie employé au début sert à pratiquer le surjet séro-séreux antérieur, de l'angle distal à l'angle proximal, où ce fil est noué au fil du surjet séro-séreux postérieur. Là encore, on réalise un deuxième plan de suture rigoureusement circulaire avec un seul fil.

Une fois les deux plans de suture terminés, on enlève les pinces et on laisse la bouche anastomotique se placer librement dans la brèche mésocolique ; on fixe l'estomac aux bords de cette brèche par quelques points de soie fine. Le côlon et l'anastomose sont enfin remis en place dans l'abdomen.

8) *Fermeture de la paroi.*

Les compresses sont enlevées et comptées, puis le ventre est refermé comme à l'ordinaire à 3 plans de sutures.

B. — GASTRECTOMIE SUBTOTALE

Indications.

Pour les Delagenière, la gastrectomie subtotale est indiquée :

1) Dans les cancers étendus mais encore mobilisables, chaque fois que la partie supérieure de la grosse tubérosité est encore indemne, ce qui est fréquent, même lorsque la tumeur arrive au voisinage du cardia.

2) Dans les cancers en limite, lorsque l'infiltration n'a pas encore envahi tout l'organe, il faut que l'infiltration soit encore au moins distante de 4 cm. de la zone isolée à conserver ; sinon il vaut mieux recourir à la gastrectomie totale.

3) Enfin l'opération est indiquée dans les ulcères calleux géants, toujours lorsque la zone isolée peut être conservée.

Bien entendu, c'est seulement après la laparotomie que l'on peut poser les indications de l'opération : celle-ci est possible dans bien des cas jugés inopérables par l'examen clinique et radioscopique.

Incision.

L'incision part à 2 centimètres au-dessus de la base de l'appendice xyphoïde et descend sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic. Elle intéresse la peau seule au-dessus de l'appendice ; mais elle ouvre le péritoine dans tout le reste de son étendue. Dès qu'elle est faite, on pratique rapidement une première exploration afin de se rendre compte si l'opération pourra être exécutée.

Puis de l'ombilic on fait partir une deuxième incision latérale gauche qu'on dirige perpendiculairement vers le rebord des fausses côtes.

On n'est en aucun cas obligé de réséquer le rebord chondro-costal : Henry Delagénère avait résolument adopté la technique de pratiquer la gastro-entérostomie (en cas de résection subtotal), ou l'abouchement œsophago-jéjunal (en cas de résection totale), sous la coupole diaphragmatique, ce qui est rendu possible par les précautions qui seront indiquées plus loin.

Exploration.

Celle-ci indiquera si l'opération est praticable. Pour que l'exercice soit possible, il faut que la tumeur ait conservé une mobilité relative ; qu'elle puisse être isolée du côlon transverse ; que le duodénum soit indemne ainsi que les voies biliaires, le foie et le pancréas.

Technique proprement dite.

L'opération présente 7 temps principaux :

1) Isolement du côlon.

On détermine l'endroit où le côlon transverse paraît le plus sain : c'est en général près de la portion gauche de la grande courbure gastrique. Là on pratique avec la pointe des ciseaux une petite amorce pour détacher du côlon la grande courbure ; par cette amorce, on poursuit à la compresse le décollement du côlon, en se dirigeant vers le pylore. On sectionne entre deux pinces les vaisseaux importants qu'on rencontre. Jamais on ne perd du temps à rechercher les artères principales : on les sectionne comme les autres à mesure qu'on les rencontre. Bien entendu, dans tous les cas, on a pincé dans cet isolement l'artère pylorique.

2) Exploration de la face postérieure de l'estomac.

Cette exploration se fait avec la main gantée. C'est en général du côté du pancréas et près de la petite courbure qu'on trouve des adhérences. Celles-ci sont décollées doucement avec le doigt, aidé au besoin du bistouri ou des ciseaux.

3) Libération de la masse, section et fermeture du duodénum.

On commence habituellement par libérer le duodénum, on le sectionne et on le ferme aussitôt selon le procédé décrit au chapitre précédent.

4) Traitement de la grosse tubérosité.

D'une façon générale il faut conserver au moins la

partie supérieure de la grosse tubérosité. On sectionne l'estomac obliquement de haut en bas et de droite à gauche, du bord droit de l'œsophage vers les premiers vaisseaux courts qui se rendent à la rate. Yves Delagenière employait de préférence l'écraseur de De Martel mais pour une résection très étendue je l'ai vu recourir à une longue pince de Lane qui permet une résection plus considérable.

Avant de pratiquer la section, il est utile de libérer complètement la grosse tubérosité de la rate ; tous les vaisseaux courts doivent être liés et sectionnés.

La section terminée, on suture l'estomac comme d'habitude ; dans ce cas la gastro-entérostomie sera réalisée comme nous l'avons décrite précédemment, mais on fait remonter l'intestin à travers le mésocôlon pour l'anastomoser avec la petite portion conservée de la tubérosité.

5) Hémostase. Gastro-entérostomie. Jéjuno-Jéjunostomie complémentaire.

Cette ouverture inférieure est (après une hémostase soignée complète) suturée soit à une anse de jejunum, soit à la branche efférente d'un Y jéjunal. La suture est exécutée classiquement à deux rangs : plan séro-séreux postérieur ; plan total à points de boutonnière en arrière et à points de Connel en avant ; on termine enfin en continuant le surjet séro-séreux en avant.

En somme, c'est là, à peine modifiée, la technique décrite par Henry Delagenière dans tous ses détails

en 1908 ; c'est exactement l'opération décrite depuis par Polya.

Mais le plus souvent l'anse jéjunale est longue et forme au niveau de la bouche anastomosée un coude qui empêche le libre passage de la bile et du suc pancréatique : il est donc nécessaire de pratiquer au-dessous de la bouche une deuxième anastomose, ce qui complique encore cette longue opération.

6) Traitement du côlon dévitalisé. Henry Delagenière avant de continuer l'opération réséquait entre deux pinces coprostases la partie du côlon menacée de sphacèle. Plus tard, au moment de la fermeture du ventre, quand toutes les sutures et anastomoses étaient terminées, il séparait rapidement le mésocôlon et commençait une suture bout à bout à deux rangées de suture dont il laissait environ deux centimètres ouverts pour établir une fistule intestinale à la peau. Cette fistule intestinale finale se fermait plus tard très facilement.

7) Le drainage et la fermeture de la paroi en trois plans sont faits comme dans toute gastrectomie.

C. GASTRECTOMIE TOTALE

La cause principale des échecs des gastrectomies totales paraît résider dans les mauvaises conditions de suture de l'œsophage à l'anse de l'Y ou à l'anse jéjunale, du fait de l'absence de péritoine sur l'œsophage.

C'est pour cette raison que Henry Delagénère s'est toujours efforcé de conserver une petite portion de la grosse tubérosité de l'estomac et de substituer la gastrectomie subtotale à la gastrectomie totale. Pour son école cette dernière n'est indiquée que lorsque la tumeur atteint le cardia ou lorsqu'il s'agit de linite.

Par contre l'école de Pauchet semble considérer que la gastrectomie totale est une opération qui s'impose dans pratiquement tous les cas de cancer gastrique ; l'éventualité d'ulcère peptique après gastrectomie totale rapportée récemment par Le Gac (1939) n'a pas modifié ce point de vue.

Technique.

L'incision, l'exploration et la libération de la tumeur sont exécutées comme pour la gastrectomie subtotale. Seuls diffèrent le traitement de l'œso-

phage et l'anastomose. On isole avec le plus grand soin l'œsophage de son orifice, on sectionne au besoin quelques tractus lamelleux ; on arrive ainsi à abaisser l'œsophage en tirant doucement sur la masse qui ne tient plus qu'à lui. On extériorise celle-ci par la plaie et on la renverse sur le thorax de façon à présenter la face postérieure de l'œsophage descendu. Yves Delagenière mettait une pince jumelée flexible (pince de Lane) en travers de l'œsophage à 2 centimètres environ au-dessus de la future section.

Reconstitution de la continuité du tube digestif.

L'œsophage est dépourvu de péritoine de sorte qu'on ne peut pas comme pour l'estomac escompter une prompte reprise séro-séreuse. Néanmoins en raison de l'existence de péritoine sur l'anse jéjunale d'implantation il semble préférable de pratiquer les sutures comme s'il s'agissait d'une implantation ordinaire.

Henri Delagenière a employé ces deux méthodes : l'implantation de l'œsophage dans le jéjunum, et la suture bout à bout au moyen d'un Y.

L'Implantation est préconisée quand l'écoulement de la bile paraît devoir se faire normalement après l'opération et quand la corde mésentérique n'est pas trop accentuée.

On saisit la première anse jéjunale à 30 ou 40 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal ; à travers le mésocolon effondré on fait passer cette anse et on l'approche de l'extrémité sectionnée de l'œsophage. La

crosse de l'anse est saisie par la 2^e pince jumelée de Lane déjà placée sur l'extrémité œsophagienne.

Puis on fait un surjet séro-séreux postérieur en adossant la face postérieure de l'anse jéjunale. Ce surjet est fait à la soie.

Cette suture faite on sectionne l'œsophage à deux centimètres environ au-dessous de la pince qui continue à tenir l'œsophage fermé, et on enlève la tumeur.

On pratique alors dans l'anse jéjunale une incision de même longueur que celle de la section œsophagienne, comme dans une gastro-entérostomie. On commence ensuite une suture totale, comme toujours au point de boutonnière en arrière, et en surjet de Connel en avant ; ce surjet est fait en catgut chromé.

Il est indispensable pour rétablir le passage des liquides duodénaux dans l'intestin, de pratiquer au-dessous de l'implantation et sous le mésocôlon une anastomose jéjunale.

Procédé de l'Y.

Il nécessite en effet une préparation assez minutieuse de la branche distale de l'Y : cette anse doit être en effet assez longue pour remonter jusqu'à l'orifice diaphragmatique de l'œsophage et il est nécessaire de lui conserver une circulation suffisante pour assurer sa vitalité.

On saisit la première anse jéjunale à 20 centimètres de son origine, de façon à avoir un mésentère suffi-

samment large et mobile ; on la sectionne entre deux pinces. On fait soulever l'anse efférente pour tendre son mésentère et on sectionne celui-ci au-dessous de la première arcade artérielle qu'on aperçoit par transparence. On place un petit catgut sur chaque vaisseau qui saigne, et on libère ainsi une anse d'intestin de 20 centimètres au moins.

On passe alors l'anse ainsi préparée à travers le mésocôlon ; puis on la saisit en travers à 2 centimètres au-dessous de la section avec une pince jumelée de Lane, qu'on articule à celle placée sur l'œsophage.

On suture avec deux surjets et on termine en implantant le bout afférent du jéjunum dans le bout efférent, assez bas pour que les liquides duodénaux puissent facilement s'écouler dans l'intestin.

Le drainage et la fermeture de la paroi sont faits comme à l'ordinaire.

Soins consécutifs.

Après une opération aussi importante et aussi longue, le premier soin est de combattre le shock opératoire par tous les moyens connus : injections de sérum, goutte à goutte de Murphy, adrénaline, etc.

A ce propos il faut rappeler le rôle important que MM. Luquet et Bertreux font jouer à la déshydratation dans « les complications post-opératoires de la chirurgie gastro-duodénale » (article paru en juin 1937 dans les « Bulletins et mémoires de la Société des chirurgiens de Paris »).

Ils écrivent en effet : « ... l'hydratation au cours de l'acte opératoire par du sérum sous-cutané ; des compresses imbibées de sérum chaud, hémostatiques et s'opposant à l'évaporation au niveau des viscères exposées à l'air seront d'un usage indispensable.

Plus loin ils ajoutent : « Nous pratiquons systématiquement quant à nous, la réhydratation d'emblée par le sérum glucosé ou salé ou bicarbonaté par voie sous-cutanée, intra-veineuse, intra-rectale (1 litre la première journée).

De plus nous faisons toujours boire le malade à sa soif, même abondamment, dès son retour de la salle d'opération. »

CONCLUSIONS

I. La gastrectomie partielle ou totale est une intervention de plus en plus pratiquée.

II. La résection antro-pylorique type Billroth II est en principe réservée aux sténoses du pylore avec gastrite ulcéreuse aux ulcères antro-pyloriques ou duodénaux.

III. La gastrectomie subtotale est indiquée dans les cancers étendus mobilisables, dans la limite, dans les ulcères calleux géants.

IV. La gastrectomie totale est une opération grave applicable surtout dans les cas de néoplasie étendue. L'Ecole de DELAGENIÈRE en fait une intervention d'exception, l'Ecole de PAUCHET semble au contraire en faire une intervention de règle.

V. Les soins pré-opératoires, une anesthésie efficace et profonde, la douceur de main du chirurgien, une réhydratation post-opératoire forme un ensemble indivisible qui seul permet d'éviter dans une large mesure la gravité de la maladie post-opératoire.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- HENRY DELAGENIÈRE. — Contribution à l'étude de l'ablation totale et subtotale de l'estomac, déductions chirurgicales d'après dix cas personnels. (*Arch. Prov. de Chirurgie*, 1908).
- HENRY DELAGENIÈRE. — Conditions d'une bonne exérèse dans les cancers de la petite courbure de l'estomac. (*II^e Congrès de la Société internationale de chirurgie*, Bruxelles, 1908).
- HENRY DELAGENIÈRE. — Cancer du pylore généralisé, gastro-entérostomie postérieure. (*Société nationale de Chirurgie*, 1892).
- Cinquante techniques chirurgicales de Henry DELAGENIÈRE recueillies et rédigées par Yves DELLAGENIÈRE.
- Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, juin 1937.
- DELREZ. — Résection en bloc de l'estomac et du côlon (*Liège médical*, n° 47, 20 novembre 1927).
- JENNINGS. — Gastrectomie totale (*Ann. of. surg.*, Philadelphie, Vol. 104, n° 5, 1936).
- SERGE JUDINE. — De quelques difficultés de la gastrectomie large et des moyens de les surmonter. (*La Presse Médicale*, n° 102, Déc. 1933).

H. LORENZ. — Technic of Billroth II (*Wien. Méd.*), 4-5-29.

P. E. MASSON. — Gastrectomie par hémisection (Thèse Paris, Arnette, 1934).

PIENK. — Technique de la résection gastrique pour exclusion. (*Zentral. für chirurg. Leipzig*, n° 51, Déc. 1936).

MATYAS, MATYAS. — Traitement des insuffisances possibles de la suture du moignon duodénal dans l'opération de Billroth II. (*Arch. für. Klin. Chir. Berlin*, 22-5-35).

ROEDER. — Gastrectomie totale (*Annales of surgery*, n° 2, août 1933).

SACHS. — La technique de la résection gastrique (Billroth I) (*Zentr. für. chir.*, n° 2, 13-1-34).

